



Alexis Jeremias

Krankheit und Konstrukt

Aids-Politiken in Afrika

Dass Krankheitsbegriffen immer etwas Konstruiertes anhaftet, ist keine neue Erkenntnis. Schließlich müssen aus der unendlichen Fülle und Variationsbreite individueller Zustände immer bestimmte Zeichen als pathologisch ausgegrenzt werden, um mit Hilfe plausibler Modelle die Spezifität einer einzelnen Krankheit herzustellen. Bei dem erworbenen Immunschwächesyndrom AIDS jedoch ist der Grad dieser Konstrukthaftigkeit um einiges höher anzusetzen als bei anderen Krankheiten. So existieren heute weltweit mindestens sechs verschiedene gültige Definitionen von AIDS, und es ist keine Ausnahme, dass sich AIDS-Diagnosen beim Überschreiten von Landesgrenzen verändern.

Die verschiedenen Bestimmungen für AIDS spielen eine große Rolle für die konkurrierenden gesundheitspolitischen Modelle für Vorbeugung und Therapie. Biologische Modelle werden immer mehr zu Handlungsanweisungen nationaler und internationaler Politik. Es wird zunehmend schwieriger, das Geflecht von Wissenschafts- und Herrschaftsdiskursen zu entwirren. Das biopolitische Dispositiv ist so wirkungsmächtig geworden, dass ein großer Teil der Linken die soziale Frage nicht mehr stellt und vielmehr versucht, die verzweifelten Schreie der durch AIDS mehrfach Stigmatisierten mit Lobeshymnen auf die westliche Medizin noch zu übertönen.

Definitionsmacht: AIDS oder nicht AIDS

Sämtliche AIDS-Definitionen gehen auf die US-Bundesbehörde Centers for Disease Control (CDC) zurück und wurden seitdem mehrfach verändert. In Europa kommt seit 1993 die Europäische AIDS-Falldefinition zur Anwendung. Dabei wird – einen positiven HIV-Antikörpertest¹ (s. u.) in der Regel vorausgesetzt – immer dann eine AIDS-Diagnose vergeben, wenn eine der derzeit zwanzig verschiedenen sogenannten AIDS-definierenden Erkrankungen vorliegt, etwa ein Kaposi-Sarkom oder eine PCP, eine seltene Form der Lungenentzündung. Die Diagnose AIDS bleibt dann lebenslanglich bestehen, auch wenn sich das Kaposi-Sarkom zurückgebildet hat oder die PCP ausgeheilt ist. In den USA gilt seit 1993 die sogenannte Erweiterte AIDS-Falldefinition: Menschen gelten zusätzlich dann als an AIDS erkrankt, wenn die im Blut gezählten CD4-Lymphozyten unter 200/µl absinken, auch wenn keine AIDS-definierenden Erkrankungen aufgetreten sind. Entsprechend zeigen die Statistiken der amerikanischen Gesundheitsbehörden bezüglich der in den USA gemeldeten AIDS-Fälle im Jahre 1993 einen deutlichen Knick nach oben – nicht aber die Zahl Erkrankten nahm zu, sondern die Diagnosekriterien wurden erweitert.

Im Gegensatz dazu werden in den meisten afrikanischen Ländern AIDS-Diagnosen nicht nur ohne HIV-Antikörpertest gestellt, sondern aufgrund völlig anderer Kriterien als in den Industrienationen. Im Jahre 1985 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter maßgeblicher Beteiligung der CDC eine AIDS-Falldefinition erarbeitet, die als »Bangui-Definition« bekannt wurde. Diese wurde 1994 leicht modifiziert und in WHO Falldefinition zur AIDS-Überwachung² umbenannt. Diese Definition ist auch heute noch gültig.

WHO-Falldefinition

»Ein Erwachsener oder Heranwachsender (> 12 Jahre) hat dann AIDS, wenn mindestens zwei der folgenden Hauptkriterien vorliegen in Kombination mit mindestens einem Nebenkriterium, solange keine anderen Ursachen als HIV hierfür bekannt sind.«





Während es sich in Europa bei den AIDS-definierenden Erkrankungen eher um seltene Krankheiten wie das Kaposi-Sarkom handelt, sind in Afrika unspezifische und weitverbreitete Symptome wie Durchfall oder Fieber in Kombination mit noch weniger spezifischen Symptomen wie Husten ausreichend zur Diagnose von AIDS. Es ist erstaunlich, dass eine Krankheit, die nach Luc Montagnier, dem Entdecker von HIV, »keine typischen Symptome hat«³, in den Ländern des Trikont ausgerechnet aufgrund von Symptomen diagnostiziert wird. In Ländern wie Südafrika, in denen Antikörpertests verfügbar sind und insbesondere an Schwangeren verstärkt durchgeführt werden, kann die Erweiterte WHO-Falldefinition zur AIDS-Überwachung angewendet werden. Auch diese unterscheidet sich deutlich von der in den Industrienationen verwendeten Definition.

Im Juni 2000 tauchte im Bericht der AIDS-Organisation der UNO (UNAIDS) die geschätzte Zahl von weltweit 34,3 Millionen Menschen auf, die als mit HIV infiziert oder AIDS-krank gelten. 25 Millionen Menschen sollen es allein in Afrika sein. Solche Zahlen werden von den Medien übernommen und bestimmen die metropolenchauvinistische öffentliche Wahrnehmung von »African AIDS«. So auch während der XIII. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban im Sommer diesen Jahres: Sämtliche deutschen Tageszeitungen veröffentlichten diese Zahl an prominenter Stelle. Nirgends jedoch wurde erwähnt, dass dabei unter dem selben Namen völlig unterschiedliche Phänomene zusammengefasst werden. So wird der Blick nach Afrika gelenkt, dem »schwarzen Kontinent«, dem alles Ungeheure entspringen soll, so eben auch HIV, zumindest gemäß einer rassistischen westlichen Weltsicht.

Es ist bemerkenswert, welche Ergebnisse der UNO und ihrer Organisationen nicht in den Medien auftauchen. Zum Beispiel, dass der WHO-Bericht von November 1999 von nur 2,2 Millionen gemeldeten AIDS-Fällen spricht. Zu beachten ist bei AIDS/HIV die im medizinischen Kontext unübliche kumulative Darstellung. Üblicherweise werden epidemiologische Daten als Neuerkrankungsrate pro Jahr dargestellt. Nur daraus wird deutlich, ob sich eine ansteckende Krankheit wirklich ausbreitet oder nicht. Die aufaddierten Zahlen in kumulierten Darstellungen hingegen nehmen stets zu, auch wenn immer weniger Menschen erkranken. Eine solche Form der Darstellung ist lediglich geeignet zur Panikmache bzw. zur gezielten Desinformation.

Interessant ist nicht nur die Diskrepanz zwischen den geschätzten und den gemeldeten Fällen, sondern auch die Aufteilung nach Gebieten. Ein Drittel der gemeldeten AIDS-Fälle nämlich entstammt allein den Vereinigten Staaten von Amerika – diagnostiziert nach US-Vorgaben. Dem gesamten afrikanischen Kontinent entstammt ein weiteres Drittel, basierend auf der WHO-AIDS-Definition für Afrika. Nach den harten US-amerikanischen oder gar europäischen Kriterien wären die Zahlen für Afrika weit geringer.

Die WHO weist selbst darauf hin, dass die von ihnen propagierte AIDS-Definition für Afrika wenig spezifisch ist, »insbesondere bezüglich Tuberkulose, weil HIV-negative Tuberkulosepatienten aufgrund ihres ähnlichen klinischen Bildes als AIDS-Fälle gezählt würden«. Tuberkulose gilt als Armutskrankheit und ist in Afrika sehr weit verbreitet.

Aber auch bei den in Europa und den USA benutzten HIV-Antikörpertests ist fraglich, ob damit HIV nachgewiesen wird.

Der wichtigste Test, ein sogenannter Suchtest, ist der ELISA. Dieser Test, ebenso wie der Bestätigungstest Western Blot, bestimmt Antikörper im Blut als Ausdruck einer Reaktion des Immunsystems. Es existieren jedoch über 60 Krankheiten und Zustände, die ein positives Testergebnis hervorrufen können – darunter Infektionen und chronische Erkrankungen wie etwa Tuberkulose, Hepatitis oder Malaria, SLE (Systemischer Lupus Erythematodes), tropische Durchfälle, rheumatische Arthritis, aber auch Bluttransfusionen, einige Impfstoffe und Schwangerschaft. Die meisten dieser Erkrankungen treten in Ländern mit mangelnder gesundheitlicher Versorgung wesentlich häufiger auf als in den Industrienationen⁴. Daher ist dort auch ein deutlich höherer Prozentsatz falsch positiver Ergebnisse zu erwarten, insbesondere wenn nur mit dem ELISA getestet wird.





Bei dem erwähnten Western Blot existiert keine Einigung darüber, welche Kombination von Antikörpern, die als spezifisch für Bestandteile des HI-Virus gelten, zum einem positiven Testergebnis führt. Ein und derselbe Teststreifen führt je nach den nationalen Kriterien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Allein in den USA werden je nach testender Institution drei unterschiedliche Standards verwendet. In den westlichen Industrienationen (außer Großbritannien, wo der Western Blot als ungenau verworfen wurde) ist es dieser Test, der darüber entscheidet, ob ein Mensch als HIV-positiv gilt oder nicht. In den meisten afrikanischen Ländern reicht der ELISA.

Selbst die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung schreibt in dem von ihr 1997 herausgegebenen Handbuch HIV-Test⁵: »Die Interpretationsbedürftigkeit der Befunde sowie die statistische Fehlerbreite lassen in der Regel nur den individuellen Einsatz des Testes zu, denn letztlich ist nur dieser getestete Mensch in der Lage, das Ergebnis für sich zu bewerten und in seine Lebenssituation einzuordnen.«

Ein anderes Verfahren, die PCR, die zur Messung der sogenannte Viruslast benutzt wird, ist aufgrund seiner Ungenauigkeit zur HIV-Diagnostik nicht zugelassen und wird nur zur Verlaufskontrolle eingesetzt, zumindest in den reichen Ländern des Nordens. Die Durchführung einer PCR ist ausgesprochen teuer und verlangt gesonderte Laborräume mit High-Tech-Equipment. Kary Mullis, der für die Erfindung der PCR 1993 den Nobelpreis erhielt, stellte während der Preisverleihung klar, dass sein Verfahren zur Messung einer sogenannten Viruslast nicht geeignet sei.

Divergierende Konzepte – Drugs versus Development

Die westlichen gesundheitspolitischen Konzepte setzen auf groß angelegte Kondom-Kampagnen, auf die Entwicklung eines spezifischen Impfstoffes⁶ sowie auf massiven Einsatz antiretroviraler Medikamente. Bezüglich eines neuen Impfstoffes gegen HIV werden seit Jahren immer wieder kleine Erfolgsmeldungen veröffentlicht. Dennoch ist es bis heute noch nicht gelungen, einen derartigen Impfstoff zu entwickeln, was angesichts der Unmöglichkeit, HIV zu isolieren, kaum verwundern kann. Begründet wird der Misserfolg mit der Mutationsfreudigkeit des Virus.

Die sogenannte hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) mit drei oder mehr Medikamenten ist in den westlichen Ländern heute Standard. Dazu zählen vor allem die sogenannten nukleosidalen Reverse Transkriptase Hemmer, etwa die Substanz AZT, und die 1996 eingeführten Proteasehemmer.

Alle antiretroviralen Medikamente haben schwere unerwünschte Wirkungen, die von Nervenschäden und Anämie über Gerinnungsstörung bis zum Herzinfarkt reichen. Besonders gefürchtet ist das sogenannte Lipodystrophiesyndrom, das bei 50% der mit Proteasehemmern behandelten Patienten auftritt und durch Stoffwechselstörung im Bereich des Zucker- und Fetthaushalts gekennzeichnet ist⁷. Zusätzlich werden die PatientInnen durch eine enorme Verminderung des Unterhautfettgewebes, vor allem im Gesicht, stigmatisiert.

Die unerwünschten Wirkungen werden in den westlichen Ländern engmaschig überwacht, ebenso wie diejenigen Laborparameter, an denen die Wirksamkeit der HAART festgemacht wird. Allein diese Kontrollen sind so teuer, dass ihre Einführung sämtliche Gesundheitsbudgets afrikanischer Staaten sprengen würde. Für eine entsprechende Nachsorge – auch zur Kontrolle und Behandlung der unerwünschten Wirkungen – fehlt in den meisten Gebieten jegliche Infrastruktur. Dies wird meistens übersehen, wenn die breite Verteilung dieser Medikamente gefordert wird. In Europa und den USA sind vor allem in den 80er Jahren bereits Tausende an den Folgen der Anti-HIV-Medikamente gestorben. Dies wird sich in medizinisch unterversorgten Gebieten noch dramatischer auswirken.

Selbst Donna Shalala vom US-Gesundheitsministerium erklärte, dass bereits jetzt die bestehende gesundheitliche Infrastruktur schwer beeinträchtigt werde. »Alle finanziellen Mittel



fließen in die AIDS-Behandlung, so dass nichts übrig bleibt für andere Krankheiten«, sagte sie im Juni, um dann Bedenken ganz anderer Art zu äußern: »Eine bröckelnde Gesundheitsstruktur führt zu bröckelnder Stabilität (...). Daran wird klar, wie wichtig es ist, diese Seuche zu bekämpfen, und warum die USA so viel Wert darauf legen, AIDS als ein Frage der nationalen Sicherheit zu betrachten.« Dies und nicht menschliches Mitgefühl ist sicherlich auch der Grund, warum sich die westlichen Regierungen daran beteiligten, die großen Pharmakonzerne dazu zu bewegen, ihre Produkte mit 80–90%igem Preisnachlass den jeweiligen afrikanischen Staaten anzubieten. Darauf gingen die Firmen jedoch erst ein, nachdem WHO-Generaldirektorin Gro-Harlem Brundtland zugesichert hatte, daß der Patentschutz für Arzneimittel unangetastet bleibt.

Diese Position wird auch von der US-Regierung gestützt⁸. So fließen die großzügig gespendeten Milliardenbeträge des Westens zurück in die eigenen Ökonomien. Zwischen 1997 und 1999 konnten die Konzerne Glaxo-Wellcome und Bristol Myers Squibb allein mit den Substanzen AZT, 3TC, ddI und d4T 4,3 Milliarden US-Dollar Gewinn einfahren⁹. Ein lukratives Geschäft, das sich bei angeblich 25 Millionen HIV-Infizierten in Afrika auch bei 90% Preisnachlass rechnet. Vermehrt wurden in afrikanischen Staaten jetzt kritische Stimmen laut. Auch die südafrikanische Gesundheitsministerin Tshabalala-Msimang hält die HAART für zu teuer: »Die antiretrovirale Dreifachtherapie ist komplett unbezahlbar in unserem Kontext, selbst wenn es einen 80%igen Preisnachlass gäbe«, sagte sie im Juni gegenüber der Nachrichtenagentur Reuters. »Wir glauben, dass es viele Faktoren wie Armut und Mangelernährung gibt«, sagte sie im Juni gegenüber dem südafrikanischen Parlament, »die in den Entwicklungsländern einen entscheidenden Einfluss [auf die Entstehung von AIDS] haben.« Dieser Meinung waren auch nicht nur ein Drittel der Mitglieder der internationalen Beratungskommission des südafrikanischen Präsidenten, sondern auch die Delegierten der Ersten Internationalen Ganzheitlichen AIDS-Konferenz, die Ende August in Nkozi (Uganda) stattfand.

»Es gibt in Afrika wie in anderen Teilen der Welt viele bekannte Gründe für Immunschwäche«, heißt es in der Abschlusserklärung. »Diese beinhalten Mangelernährung, Malaria, Tuberkulose und andere chronische bakterielle und parasitäre Erkrankungen. Wirtschaftliche Unterentwicklung, politische Instabilität und Kriege haben in vielen afrikanischen Staaten zu sozialen und familiären Zusammenbrüchen geführt, zu Armut, Arbeitslosigkeit sowie überfüllten und sanitär unzureichenden Wohnverhältnissen. Medikamente werden vielfach unangemessen eingenommen, dazu kommt ein hohes Maß an Drogenmißbrauch. Weiterhin ist ein Anstieg von Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen und von medizinisch unkontrollierten Abtreibungen. All dies kann dazu beitragen, das Immunsystem zu schwächen. Wir schließen außerdem die Möglichkeit nicht aus, dass Impfstoffe zur Entstehung neuer Krankheiten beigetragen oder in anderer Weise die Gesundheit der Menschen beeinträchtigt haben.«¹⁰ Mit Impfungen hat die WHO einschlägige Erfahrungen. So bestätigt die Gesundheitsbehörde in einer 1997 erschienen Publikation, dass »weltweit jährlich 12 Milliarden Injektionen« verabreicht werden, »mindestens ein Drittel [davon] ohne ausreichende Sterilisation, wodurch möglicherweise Krankheiten übertragen werden«, besonders in Afrika, wo »mehr als 80% der Einmalspritzen mehrfach verwendet werden.«¹¹ Es ist fraglich, ob durch solche Praktiken Krankheiten wirklich verhindert oder nicht vielmehr übertragen werden. Zudem sind Impfungen an unterernährten und bereits kranken Menschen nicht ungefährlich, da deren Immunsystem bereits geschwächt ist.

Wird das gängige HIV/AIDS-Modell zugrunde gelegt, müßte in solchen Massenimpfkationen eine der Hauptinfektionsgefahren bestehen. Angeschuldigt wird jedoch immer wieder die angebliche Promiskuität der afrikanischen Bevölkerung und deren angeblich bizarren Sexualpraktiken. Die Analogie zu zur Stigmatisierung von Schwulen im Zusammenhang mit AIDS ist hierbei auffällig. Aber es sind in Afrika nicht die Fixer und die Schwulen, die 90% der AIDS-Kranken ausmachen, sondern die heterosexuelle Mehrheitsbevölkerung. Als beispielhafte





Erklärung dafür, warum das selbe Virus in Afrika andere Übertragungswege bevorzugt als in Europa, steht folgende Anmerkung aus dem Artikel »Die Bombe ist explodiert« aus der Zeit vom vergangenen Juni: Bei verschiedenen »Volksgruppen ist dry sex üblich. Die Frauen trocknen mit Baumrinde, Kräutern oder einem Gemisch aus Erde und Pavianurin ihre Vagina aus. (...) Die Polygamie ist weit verbreitet, und vielerorts wird noch das Brauchtum der Witwenvererbung gepflegt: Ein Bruder oder Vetter des Verstorbenen schläft mit dessen Frau, um sie von den Geistern des Todes zu reinigen.« Der Autor nennt weiterhin »ungeschützten Verkehr mit häufig wechselnden Partnern, frühe sexuelle Aktivität, die hohe Arbeitsmigration entlang der Hauptverkehrsachsen« als Kennzeichen, die afrikanische von europäischen oder US-amerikanischen Bevölkerungen unterscheiden soll¹². Die lesbische AIDS-Aktivistin Cyndi Patton, die sowohl für die WHO als auch die CDC in AIDS-Projekten gearbeitet hat, schreibt hingegen zu Ergebnissen von Studien aus den 80er Jahren, die sich mit »afrikanischer« Sexualität beschäftigen: »Im allgemeinen war das Sexualleben von AfrikanerInnen enttäuschend gewöhnlich, und dies zerschlug sowohl die Hoffnungen auf wissenschaftliche Erklärungen epidemiologischer Unterschiede als auch die Fantasien westlicher Rassisten von exotischer sexueller Andersartigkeit.«¹³ Auch die Delegierten der AIDS-Konferenz in Uganda wiesen die westlichen Erklärungsmodelle für die heterosexuelle Übertragung von HIV als rassistisch zurück. Sie forderten vielmehr: »Vorbeugung von Immunschwäche in Afrika muß die verschiedenen Ursachen mit einbeziehen. Angemessen wären die Annullierung lähmender Auslandsschulden, die Etablierung gleichberechtigter wirtschaftlicher Beziehungen mit den wohlhabenden Nationen, Verbesserung der Ernährungslage, Entwicklung sozialer und medizinischer Infrastruktur, insbesondere der Versorgung mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen, Eindämmung der Umweltverschmutzung und Kontrolle der größten epidemischen Krankheiten wie Malaria und Tuberkulose. Die Arbeit der Gesundheitsbehörden und AIDS-NGOs muß dementsprechend neu ausgerichtet werden. Vorschläge zur Reduktion der Mutter-Kind-Übertragung, namentlich durch Verabreichung antiretroviraler Substanzen an Schwangere und ihre Kinder die Substitution von Muttermilch durch industrielle Produkte sollte noch einmal überdacht werden im Hinblick auf die Tatsache, daß industrielle Milchprodukte in armen Ländern die Säuglingssterblichkeit erhöhen und antiretrovirale Medikamente toxische Wirkungen haben¹⁴. Frauen sollten zum ausschließlichen Stillen ermutigt werden.«

Schnittpunkte

Bis zum heutigen Tag existiert kein Experiment und keine wissenschaftliche Studie, die eindeutig zeigt, dass AIDS durch HIV verursacht wird. Seit Robert Gallo, damals Mitarbeiter beim Nationalen Krebsinstitut der USA, im Jahre 1984 gemeinsam mit der US-amerikanischen Gesundheitsministerin vor die Presse trat und erklärte, er habe ein Virus isolieren können, das die Ursache für AIDS sei, gilt dieser Zusammenhang als gesichert. Eine normalerweise übliche vorherige wissenschaftliche Diskussion blieb aus. Selbst Luc Montagnier vom Pariser Pasteur-Institut fiel als Referenz für den wissenschaftlichen Nachweis eines Zusammenhanges zwischen HIV und AIDS nur der »CDC report« ein, der aber keine wissenschaftliche Fachzeitschrift ist, sondern das Organ einer US-Bundesbehörde, die selbst keine Nachweise führt. Es kann nur spekuliert werden, warum alle anderen Erklärungsansätze von der überwiegenden Mehrheit in den Bereichen Wissenschaft, Medizin, Politik und Medien fallengelassen worden sind. Wie keine andere Krankheit hat AIDS einen Logenplatz an der Schnittstelle wirtschaftlicher, geopolitischer und medizinindustrieller Interessen bzw. von Sexualität, Seuchenangst und Tod. »In dieser Kultur bestimmt die Art und Weise, wie wir über Krankheit denken, wer lebt und wer stirbt«, schreibt Evelyn Hammonds, eine schwarze, lesbische Aktivistin und Wissenschaftlerin. »Die Geschichte schwarzer Menschen in diesem Land [den USA] ist von Vorfällen durchsiebt, die zeigen, wie Konzepte von Krankheit, Gesundheit, Verhalten und Sexualität sowie ethnischer Zugehörigkeit [im Original: race] in



die Definition von Normalität und Abweichung verflochten wurden. Die Macht, Krankheit und Normalität zu definieren, macht AIDS zum politischen Thema.« Ein Großteil der Linken ist heute dazu übergegangen, Veröffentlichungen der Pharmaindustrie kritiklos zu übernehmen. Wenn beispielsweise in der Jungle World berichtet wird, »seit der AIDS-Konferenz 1996 in Vancouver hat die Einführung so genannter Proteasehemmer viele Krankheitsverläufe umgedreht. Proteasehemmer (...) unterdrücken in sehr effektiver Weise die Replikation des HI-Virus«, dann übertrifft die Autorin in ihrer Euphorie sogar die CDC. Denn sogar deren Mitarbeiter Dr. Scott Holmberg räumte auf der AIDS-Konferenz in Durban ein, daß auch durch die HAART unter Praxisbedingungen nur bei einem Drittel der Behandelten die Virusreplikation langfristig unterdrückt werde.

Auch wenn die Autorin weiter berichtet, in einem häuslichen Pflegedienst würden »40 Freiwillige rund 700 am AIDS-Vollbild Erkrankte« betreuen, übersieht sie dabei, dass »Vollbild AIDS« in Südafrika etwas ganz anderes ist als etwa in Deutschland. Und dass dieses »Vollbild AIDS« mit herkömmlichen Medikamenten zu behandeln wäre, würden die entsprechenden Krankheiten als das benannt, was sie sind. Auch das in der selben Zeitung geäußerte »Gefühl, in den USA und in Europa betreibe man erfolgreiche Prävention und Therapie, während für Afrika die Existenz der Krankheit bestritten wird« bleibt ein Gefühl des Autors, da weder die HAART wirklich »erfolgreich« ist, noch von seiten der AIDS-Kritik die Existenz von Erworbenener Immunschwäche »bestritten« wird. Und auch wenn der AIDS-Kritik noch so oft vorgeworfen wird, die Sicht von Betroffenen außen vor zu lassen, gibt es im Norden wie im Süden AIDS-PatientInnen oder HIV-positiv Getestete, die AIDS auf HIV zurückführen und solche, die dies nicht tun. Die Vereinnahmung von Betroffenen für eigene Zwecke ist zwar ein beliebtes Mittel der Linken, hilft aber in der Diskussion wenig weiter. Auch das ständige Jammern darüber, dass AIDS-Kritik den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS »leugnet«, offenbart nicht nur die Ignoranz gegenüber wissenschaftskritischen Analysen von Wissensproduktion, sondern zeigt auch die argumentative Hilflosigkeit, in die sich jeder und jede begibt, der/die die gebetsmühlenartige Weitergabe des HIV-AIDS-Dogmas kritiklos hinnimmt.

»Oberste Priorität« für HIV und AIDS forderte kürzlich Hansjörg Dilger in der Jungle World. Das ist wie Wasser auf die Mühlen der Bevölkerungsstrategen. Wenn die »Bevölkerungsbombe« schon nicht mit dem »Killervirus« zu entschärfen war, dann schafft es vielleicht das Spiel mit der Angst. So wird die bestehende Infrastruktur von »Familienplanungszentren« und Geburtsstationen genutzt, die Möglichkeit der empfängnisverhütenden Impfungen und Langzeit-Implantate um weiteres Produkt zu erweitern, das bisher sehr wenig Akzeptanz fand: das Kondom. Denn endlich waren nicht nur »plötzlich alle Frauen bereit, ich testen zu lassen«, sondern brachten auch gleich »ihre Partner in die Kliniken mit, die sich ebenfalls testen ließen.« Wenn in den Köpfen aller Menschen ein politikfreies »Killervirus« sein Unwesen treibt, eröffnet der Glaube daran »die weitere mentale Eroberung in Richtung einer globalen Monotherapie: zwei Kinder und ein Virus für alle.« Angesichts der desolaten gesundheitlichen Situation und der realen Bedrohung von Millionen von Menschen durch behandelbare und vermeidbare Krankheiten ist es schon eigenartig, wenn sogenannte Linke aus den Metropolen in den Chor derer mit einstimmen, die plötzlich eine einzige Antwort auf jahrhundertlange Unterdrückung gefunden zu haben glauben: HIV.

Anmerkungen:

1) Hier und im folgenden spreche ich von einem HIV-Antikörpertest, obwohl der Test nicht spezifisch für HIV ist. Die Bezeichnung HIV-Test ist missverständlich, da nicht HIV, sondern eben Antikörper nachgewiesen werden. Andere AIDS-KritikerInnen sprechen aus diesem Grund lediglich von einem Antikörpertest.

2) WHO case definition for AIDS surveillance. Zitiert nach dem WHO-Publikationsorgan Weekly Epidemiological Record Nr.37, September 1994, siehe Extra-Kasten



- 3) Luc Montagnier: Von Viren und Menschen, Rowohlt 1997
- 4) Dies bestätigte auch Sam Mhlongo, Vorsitzender der südafrikanischen Allgemeinmediziner auf der Ersten Internationalen Ganzheitlichen AIDS Konferenz in Nkozi, Uganda (s.u.)
- 5) siehe unter 1. Mit »HIV-Test« meint die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die in Deutschland übliche Abfolge von zweimal ELISA und einmal Western Blot
- 6) Eine gute Analyse der Impfkationen von UNO und USA findet sich bei Jan Oltmanns: Wer hat Angst vorm schwarzen Mann ...?, in: Blätter des iz3w Nr. 200.
- 7) Es handelt sich dabei um veränderte Nukleoside, also falsche »Bausteine«, die anstelle der körpereigenen in die DNA eingebaut werden und dadurch zum Kettenabbruch führen. Dies geschieht jedoch nicht nur in den CD4-Lymphzyten des Immunsystems, in denen sich nach gängiger Lehrmeinung das Virus vermehrt, sondern in sämtlichen sich schnell teilenden Geweben. Viele der unerwünschten Wirkungen lassen sich über diesen fatalen Mechanismus erklären.
- 8) Vgl. Brodt, Helm, Kamps: AIDS 2000. Diagnostik und Therapie HIV-assoziierter Erkrankungen. Köln 2000
- 9) Vgl. M. Waldholz: Makers of AIDS Drugs Agree to Slash Prices in Third World, Wall Street Journal vom 1. Mai 2000
- 10) BUKO: Pharma-Brief Nr.4/2000
- 11) Erklärung der Ersten Internationalen Ganzheitlichen AIDS Konferenz, Nkozi, Uganda, 29. August bis 1. September 2000
- 12) WHO: Newsletter of the Global Program for Vaccines and Immunization Nr. 5, März 1997
- 13) Bartholomäus Grill in Die Zeit vom 20. Juni 2000
- 14) Cindy Patton: Inventing AIDS, Routledge, New York & London 1990
- 15) So berichtete beispielsweise »Pharmacotherapy“ (September/2000), dass AZT über direkte Leberschädigung zu akuter Hepatitis mit abnormer Gerinnung, Blutung und Tod bei HIV-positiven Säuglingen führte.
- 16) vgl. Kary Mullis: Dancing naked in the Mind Field, Vintage Books, New York 1998
- 17) Evelyn Hammonds: Race, Sex, Aids: The Construction of »Other«, Radical America, Vol. 20, 1987
- 18) Martina Pech in Jungle World Nr. 31 vom 26. Juli 2000
- 19) Hansjörg Dilger in Jungle World Nr. 35 vom 23. August 2000
- 20) Martina Pech in Jungle World Nr. 31 vom 26. Juli 2000
- 21) Projekt Kritische AIDS-Diskussion: AIDS-Afrika-Bevölkerungspolitik. Berlin 1995

AUS:

☒ ALASKA, NR. 234, JANUAR 2001, S. 14-19

